



“Año de la Universalización de la Salud”

Jaén, 09 de mayo 2020

**OFICIO N° 032-2020-GR-CAJ/DRE-CAJ/UGELJ-DIR**

**SEÑORES DIRECTORES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LOS NIVELES DE EDUCACION INICIAL, PRIMARIA, SECUNDARIA Y SUPERIOR. PRESENTE.-**

**ASUNTO : SOLICITA INFORMACION PARA DETERMINAR AL PERSONAL INMERSO EN EL GRUPO DE RIESGO AL VIRUS COVID - 19.**

Es grato dirigirme a Uds. con la finalidad de expresarles mi cordial saludo con la finalidad de expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle que, a fin de identificar a los trabajadores de todas las Instituciones Educativas de la jurisdicción de la UGEL Jaén, inmersos en **GRUPO DE RIESGO**, derivado del impacto sanitario del COVID -19, se requiere con carácter de urgente y bajo responsabilidad remitir hasta **el día martes 12 del presente a horas 4.00 p.m.** el consolidado de información de todo el Personal de la Institución Educativa de su Dirección (según formato de link) para lo cual debe requerir a cada servidor el llenado y suscripción de Declaración Jurada (según modelo), la misma que será archivada en su Institución, y que será requerida en su oportunidad de ser necesario.

La información deberá precisar lo siguiente:

1. Mayores de 60 años y/o con comorbilidades como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, asma, enfermedades respiratorias crónicas, insuficiencia renal crónica y enfermedades o tratamientos inmunosupresor.

Con mis consideraciones especiales.

Atentamente;

**ORIGINAL FIRMADO**

DR. HARACELI MEJIA VASQUEZ  
DIRECTORA UGEL JAÉN



## LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE SERVIDORES EN EL GRUPO DE RIESGO - COVID 19

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI/CE N° \_\_\_\_\_  
declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

PRESENTÓ ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD*	SI	NO
Mayor a 60 años		
Hipertensión arterial		
Enfermedades cardiovasculares		
Diabetes Mellitus		
Obesidad con IMC de 30 a más		
Asma		
Enfermedades respiratorias crónicas		
Insuficiencia Renal crónica		
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		

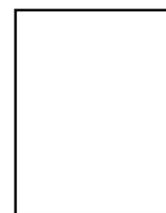
\*Factores de riesgo de acuerdo a documento técnico aprobado mediante RM N° 193-2020-MINSA.  
Asimismo, declaro que dentro de mi vivienda residen los siguientes familiares que cuentan con las siguientes condiciones que los ubican dentro del grupo de riesgo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En fe de lo cual firmo la presente.

Dado en la ciudad de .....a los ..... días del mes de .....del 2020.

.....  
Nombre y apellido:.....  
D.N.I. N° .....



**Huella**  
(Índice Derecho)



“Año de la Universalización de la Salud”

## DECLARACIÓN JURADA

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Entidad Pública: \_\_\_\_\_ Ruc: \_\_\_\_\_

Órgano: \_\_\_\_\_ Unidad orgánica: \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

		SI	NO
1.	Sensación de alza térmica o fiebre		
2.	Tos, estornudos o dificultad para respirar		
3.	Expectoración o flema amarilla o verdosa		
4.	Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		
5.	Está tomando alguna medicación		
Detallar cuál o cuáles:			

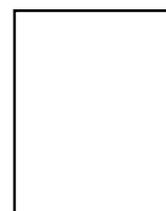
Todos los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte.

He sido informado que, de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual constituye una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

En fe de lo cual firmo la presente.

Dado en la ciudad de .....a los ..... días del mes de .....del 2020.

.....  
Nombre y apellido:.....  
D.N.I. N° .....



(Índice Derecho)



CUADRO RESUMEN DE PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA DETERMINAR:

**¿QUIÉNES SON GRUPO DE RIESGO?**

PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS O AQUELLAS CON COMORBILIDADES: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DIABETES, OBESIDAD, ASMA, ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

N° ORD.	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	LUGAR	DISTRITO	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	REGIMEN LABORAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	N° CELULAR	CORREO ELECTRONICO	GRUPO DE RIESGO: comorbilidades como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, asma, enfermedades respiratorias crónicas, insuficiencia renal crónica y enfermedades o tratamientos inmunosupresor
1	JAÉN DE BRACAMOROS	JAEN	JAEN	OLIVERA ALEJANDRIA ROSA MARIA	PROFESOR	LEY N° 29944	30/05/1967	53			TIPO DE ENFERMEDAD
2	JAÉN DE BRACAMOROS	JAEN	JAEN	TORRES JAIMES BRENDA JANET	SECRETARIA / O II	D.LEG. N° 276	07/03/1980	40			TIPO DE ENFERMEDAD
3	JAÉN DE BRACAMOROS	JAEN	JAEN	ABAD BANCES HECTOR MANUEL	PERSONAL DE VIGILANCIA_JEC	D.LEG. N° 1057	18/12/1979	41			TIPO DE ENFERMEDAD